·问道全科·

【编者按】 我国全科医学发展已取得阶段性成果，但与国际全科医学发展水平间仍存在差距，这种差距尤为体现在学科建设水平和高质量科研产出方面，故全科同仁需在反思中前行。基于此，本刊特开辟“问道全科”栏目，针对全科医学领域研究前沿及我国全科医学发展面临的热/难点问题组织专家开展研讨，以期助力全科医学行业发展。未分化疾病是临床上的常见问题，作为健康“守门人”，在首诊时正确识别和科学处理常见未分化疾病是每位全科医生应掌握的基本技能。但当前全科医学领域工作者、研究者对未分化疾病的认识程度不一，针对未分化疾病的诊疗规范尚未形成，与未分化疾病相关的科学研究相对薄弱。因此，本期“问道全科”栏目特邀任菁菁教授作为版主，就“全科医学与未分化疾病管理”这一当前我国全科领域亟须优先解决的问题开展研讨，希望本次研讨可以激发出更加深入且具体的全科医学研究。



【论坛组织人】 任菁菁，浙江大学医学院附属第一医院全科医学科主任，博士生导师。

学术任职：中华医学会全科分会委员，浙江省医学会全科分会候任主委，中国医师协会全科分会常务委员，海医会全科分会常务委员，中国医师协会全科医生教育培训专家委员会委员，中国医疗保健国际交流促进会全科分会副主任委员，浙江省数理医学学会全科未分化疾病专委会主任委员。

未分化疾病如何与全科医学同频共振?

潘琦[1]，任菁菁[1]，张萌[2]，尹朝霞[3]，何权[4]，姚晨姣[4]，吴静怡[5]，李开军[5]，杨凯超[5]，徐佳玙[6]，朱兰[6]，王箴[7]

文章快速阅读：

彰显全科学科标识度：我国未分化疾病领域发展的现状与未来	如何开展全科未分化疾病的教学与培训工作	综合医院全科如何开展未分化疾病科学研究	如何从未分化疾病入手，体现市县级医院的全科特色	社区全科医师如何早期识别与长程管理未分化疾病	侧耳应听弦外音：未分化疾病中的医患沟通问题
问题一：未分化疾病是如何命名的? 问题二：我国未分化疾病领域的发展现状如何? 问题三：未来未分化疾病如何发展?	问题一：如何正确认识未分化疾病? 问题二：如何快速识别“红旗征”和排查“症候群”? 问题三：如何培养学生医患共同决策的能力和随访意识?	问题一：如何开展未分化疾病病因和发病机制的研究? 问题二：如何开展未分化疾病诊断、干预及预后的研究? 问题三：如何开展未分化疾病预防的研究? 问题四：如何开展未分化疾病医学教育的研究?	问题一：如何开设、建立市（县）级医院全科未分化疾病门诊和住院病房? 问题二：如何提高全科医师的未分化疾病诊治专业性?	问题一：如何开展早期识别前的介入? 问题二：如何开展早期识别中的处理? 问题三：如何开展早期识别后的处理? 问题四：如何开展长程随访管理?	观点一：沟通应是未分化疾病的诊疗核心 观点二：患者对沟通的需求 观点三：医者对沟通的反思 观点四：良好的沟通呼唤倾听患者的心声

基金项目：2022年国家自然科学基金资助项目（72274169）；2021年浙江大学医学院教育教学成果奖培育项目（cgyb20222014）；2021年广东省本科高校教学质量与教学改革工程建设项目；教育部高等教育司2021年第二批产学合作协同育人项目（202102208004）

1.310003 浙江省杭州市，浙江大学医学院附属第一医院全科医学科 2.516200 广东省广州市，中山大学孙逸仙纪念医院全科医学科 3.518060 广东省深圳市，深圳大学医学部全科医学系 4.410013 湖南省长沙市，中南大学湘雅三医院全科医学科 5.323000 浙江省丽水市中心医院全科医学科 6.200032 上海市徐汇区斜土街道社区卫生服务中心 7.241001 安徽省芜湖市，皖南医学院第一附属医院全科医学科

本文数字出版日期：2023-06-15

【关键词】 未分化疾病；全科医学；教育，医学；科学研究；县域卫生发展；医患沟通
【中图分类号】 R 197 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.W0007
【引用本文】 潘琦，任菁菁，张萌，等．未分化疾病如何与全科医学同频共振？［J］．中国全科医学，2023. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.W0007.［www.chinagp.net］
PAN Q，REN J J，ZHANG M，et al. How can undifferentiated diseases be synchronized with general practice?［J］. Chinese General Practice，2023.

彰显全科学科标识度：我国未分化疾病领域发展的现状与未来

潘琦，任菁菁*

310003 浙江省杭州市，浙江大学医学院附属第一医院全科医学科

问题一：未分化疾病是如何命名的？

1985 年 Slavney 和 Teitelbaum 医生提出了未分化疾病的概念，即 medically unexplained symptoms（MUS）。目前国内将此类疾病命名为未分化疾病（Medically Unspecified Disease，MUD），指处于疾病的任一阶段，基于其临床表现和检查结果尚不能做出明确诊断的一类疾病或病症，如乏力、消瘦与水肿等。其特征为：常以某个或多个症状、体征或辅助检查异常反复就诊；查体与辅助检查多正常或轻度异常；暂无法归因于明确的器质性疾病；常合并心理问题；可能与个体长期共存。临床上包括因医方主观因素及客观检查手段受限所致目前暂未明确诊断的一类疾病。其治疗和管理通常需要全科医师的长期随访，并通过对症、支持、认知、叙事及中医药等综合措施来实现。此概念自 2014 年由浙江大学医学院附属第一医院全科医学科引入中国，经过近十年的临床实践与科学研究已初见雏形。虽然此命名未必最为合适，亦尚未正式进入 MeSH 主题词表等检索工具，但这并不影响全科医师开展此领域的探索。

问题二：我国 MUD 领域的发展现状如何？

目前 MUD 的诊断标准尚未统一，但其流行病学调查数据已日趋增多，崔利军等[1]通过一项流行病学调查发现普通人群中符合 MUD 诊断者约 6.92%，综合性医院中内科和神经科门诊 MUD 患者就诊率约占 18.2%，在全科门诊中有 18.6%~21.3% 的患者因 MUD 就诊[2]。部分 MUD 患者常伴抑郁等心理问题，MUD 与患者心理和精神状态有着一定的相关性[3]。因此，全科医师在评估 MUD 过程中需遵循“生物－心理－社会”医学模式对患者进行全方位诊断，并注意识别潜在的躯体疾病，对于复杂案例常需多学科、多角度的综合性评估。治疗上以认知行为疗法、健康生活方式、传统中医理疗等非药物治疗和药物对症治疗为主。

相较于具体的急、慢性疾病，全科医师对于 MUD 的认知度及诊疗能力尚存不足。张含之等[4]研究发现，社区卫生服务中心对 MUD 的诊疗能力培训、首诊处理流程、转诊设定总体覆盖比例均不足 50%。周英达等[5]研究发现，当前全科医师认为 MUD 诊疗能力的不足可能与社区卫生服务中心治疗及检查手段受限、全科医师自身业务水平有限、医疗联合体联动能力不足、患者对基层和全科医师信任不足、缺少可用的临床路径或临床辅助决策系统有关。也有研究认为，目前国内社区全科医师对 MUD 的管理存在盲区，现有指南/专家共识对未分化疾病管理的具体内容缺乏明确界定[6]。据不完全统计，全国 50 余家综合医院全科医学科已开设未分化疾病相关门诊，旨在为患者提供多方位、综合性医疗服务，并不断探索 MUD 诊疗规范。

问题三：未来 MUD 如何发展？

（1）起草 MUD 临床诊疗指南/专家共识，规范 MUD 诊治。全科医师在 MUD 管理中处于中心地位，但临床实践中使用的处置策略尚未形成系统规范性流程[7]。现阶段需着眼于制订以“全科思维”为导向的未分化疾病临床路径，规范社区诊断编码，聚焦优势病种，研究适用于中国的 MUD 评估工具和管理框架，探索适用于我国的阶梯管理方案，以“生物－心理－社会”的医学模式为基准，注重医患沟通和人文关怀，探索多元化治疗方案，完善中国 MUD 诊疗指南/专家共识制定，以促进全科医师 MUD 诊治水平同质化。

（2）加强 MUD 岗位胜任力培训，提升全科医师首诊能力。于晓松教授提出将持续性管理 MUD 患者能力纳入住院医师岗位胜任力评价标准[8]。任菁菁[9]主编的《全科常见未分化疾病诊疗手册》第 3 版已被纳入“十四五”国家卫生健康委员会全科医学规划教材。未来应加强全科医师的 MUD 岗位胜任力培训，切实提升全科医师首诊能力，助力分级诊疗。

（3）创建未分化疾病与多病共存诊疗中心，联动多学科保障诊疗。周亚夫等[10]提出，综合医院全科医学科应当成为未分化疾病与多病共存的诊疗中心，为治疗未分化疾病和多病共存提供多学科综合性的诊疗保障。各市（县）级综合医院全科医学科应开设 MUD 门诊，设立 MUD 诊疗中心，发挥全科医师在 MUD 综合管理中的优势，开展 MUD 患者的专档建立、健康评估与随访管理等工作。同时，以互联网为媒介，通过县域医共体、跨区域医疗联盟、远程医疗信息网络等实现上下联动，成为“社区—全科—专科”分级诊疗和“医院—社

区”双向转诊的枢纽与纽带，带动社区卫生服务中心联合发展，进一步规范 MUD 诊疗路径。

（4）聚焦学科交叉融合，加强 MUD 科学研究。科学研究是全科医学学科发展的重要内生力之一。综合医院与社区卫生服务中心应加强协作，鼓励基层全科医师参与大规模、高质量的多中心 MUD 研究，整合科研资源，聚焦学科交叉融合，提升全科学科标识度。目前，MUD 发生、发展的生物学基础尚不明晰，缺乏可定量表征的客观指标，呼吁通过各渠道申请在国家自然科学基金及其他科研专项中设立“全科医学”的学科代码，可使全科医师在 MUD 病因学研究（生理、社会心理及遗传因素等）、生物标志物研究及相关病理机制研究中有所突破，推动 MUD 表征体系的临床验证及应用。

参考文献

［1］崔利军，栗克清，江琴普，等．河北省躯体形式障碍的流行病学调查［J］．中国健康心理学杂志，2008，16（2）：121-123.

［2］邱艳，任文，刘颖，等．综合性医院全科线上－线下门诊就诊情况分析［J］．中华医院管理杂志，2018，34（7）：552-555.

［3］刘峰海，王爽，于晓松．医学无法解释的症状研究进展［J］．中国全科医学，2013，16（13）：1192-1194.

［4］张含之，韩一平，金花，等．社区全科医师对门诊未分化疾病的诊治现况及城郊对比研究［J］．中国全科医学，2021，24（7）：855-863. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.408.

［5］周英达，卓书雄，金花，等．上海市社区全科医师对未分化疾病认知度和诊疗能力的自我评价研究［J］．中国全科医学，2021，24（31）：3979-3985. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.304.

［6］朱晓丹，李琰华，李俊伟．以腰痛为表现的未分化疾病的基层临床路径［J］．中国全科医学，2019，22（1）：117-122. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2019.01.024.

［7］GOL J，TERPSTRA T，LUCASSEN P，et al. Symptom management for medically unexplained symptoms in primary care：a qualitative study［J］. Br J Gen Pract，2019，69（681）：e254-261.

［8］见未（微）知著 | 第一期全科未分化疾病全国病例分享会顺利召开［EB/OL］．［2023-04-01］．https://www.sohu.com/a/545484635_121118853.

［9］任菁菁．全科常见未分化疾病诊疗手册［M］．3 版．北京：人民卫生出版社，2022.

［10］周亚夫，方力争，于德华，等．综合医院全科医学科的定位与发展策略［J］．中国全科医学，2021，24（13）：1581-1584，1591. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.163.



如何开展全科未分化疾病的教学与培训工作

张萌[1]，尹朝霞[2*]

1.516200 广东省广州市，中山大学孙逸仙纪念医院全科医学科

2.518060 广东省深圳市，深圳大学医学部全科医学系

灵活应用多元化教学模式，引导学生理解未分化疾病（MUD）的内涵，帮助其建立从识别“红旗征”、排查“症候群”到通过医患沟通、规律随访实现最佳临床决策的诊疗思路，是目前 MUD 带教的基本目标。

要点 1：正确认识 MUD

关于 MUD 的定义，需引导学生理解以下 3 点内涵：（1）在完成能考虑到的所有检查后仍无法做出、但也无法完全排除某种确切疾病的诊断；（2）症状持续时间可能较长；（3）在一定程度上可能影响患者生活质量[1]。

要点 2：快速识别“红旗征”和排查“症候群”

诊断未分化疾病的重点除了尽可能明确诊断外，更要关注排除诊断。无论英国还是美国模式的全科医师培训都非常重视预警症状的问诊和识别[2]。在带教时，要着重强调快速识别指向危及生命或严重疾病的警示信号——“红旗征”。其次，可结合 Murtagh J 三联征及诊断学基础，不断强化学生熟记“症候群”，以快速联想和排查一些可明确诊断的疾病。

要点 3：强调医患共同决策和随访

MUD 的症状可能是某些疾病的早期表现，更多是社会心理因素导致的功能性不适。由于诊断的不确定性，传统以疾病为中心的诊断及治疗学思维面临挑战。医生不仅要关注疾病本身，还要重视患者的生活方式、社会环境因素、对自身健康问题的看法和对医疗的期望等多个维度。因此，在每次诊疗活动中，医患共同决策非常重要。又由于 MUD 为慢性病程，单次诊查难以诊断，患者希望获得便利、可及和长期性照顾，故随访在 MUD 的连续性诊疗过程中尤为重要。因此，应：（1）培养学生医患共同决策的能力，带教内容至少包括 4 个维度，即具备扎实的专业知识〔诊断学基础、症状学基础（熟记 Murtagh J 三联征）〕、熟练查阅文献的能力（少见病、罕见病的排除）、患者同理心和同情心的建立、培养良好的沟通技巧，建议的教学方法为情景模拟、角色扮演；（2）帮助学生理解随访的重要意义及指导其如何做好随访，具体教学设计可扫描二维码获取。

要点 4：临床处置流程和多元化带教模式切入点

具体流程和教学设计可扫描二维码获取。



参考文献

［1］FRENCH F H. Heipful strategies for GPS seeing patients with MUPS［J］. Br J Pract，2017，67（662）：398.

［2］RAKEL R E，RUKEL D P. 全科医学［M］. 9 版．曾益新，译．北京：人民卫生出版社，2018：168-177.

综合医院全科如何引领未分化疾病科学研究

何权，姚晨姣*

410013 湖南省长沙市，中南大学湘雅三医院全科医学科

健康中国行动推进委员会印发《健康中国行动（2019—2030年）》以来，在健全医疗体系，建立公平可及、系统连续的高质量医疗卫生服务上，对综合医院全科提出了新的要求。我国未分化疾病（MUD）研究起步晚，研究成果较少，综合医院全科可以利用自身优势在以下4个方向开展研究，以引领未分化疾病的科学研究。

思路1：MUD病因和发病机制的探究

MUD的病因及发病机制尚未明确，国际上常从生物因素、环境暴露、社会心理负担、心理障碍等方面进行病因探索，从某一MUD切入，探究某一病因引发MUD的机制。如BERSTAD等[41]的病例分析认为，肠道葡萄球菌小菌落变异可能是MUD的原因；HERR等[2]研究发现，MUD的发生与环境空气的暴露有关；MYIN等[3]发现，在患有复发性腹痛的儿童中，促炎状态及伴随的低浓度脑源性神经影响因子可能在心理压力和MUD中发挥作用。

思路2：MUD诊断、干预及预后的研究

国际上常采用国际疾病分类第11次修订本（ICD-11）中部分躯体化症状内容作为MUD的诊断标准。在此基础上，DEN BOEFT等[4]探索了电子病历（EMR）筛查方法的测试特征，用于识别MUD患者。目前国际研究热点为评估某种MUD诊断工具在临床上的应用、诊断过程中使用的问诊模式或对话工具、信息化工具对诊断的辅助作用等，因此"医工结合"等学科交叉或许可成为下一步的研究方向。

MUD的干预主要分为药物干预、非药物干预和药物与非药物的混合干预。药物干预研究多聚焦某种或多种药物干预的疗效评估，非药物干预的科学研究主要聚焦行为疗法、行为认知疗法、心理干预等方面，因此可开展MUD干预方法的研究。许多躯体症状可归因于心理或精神问题，故可以在精神药物疗效方向展开相应研究。国际上在草药对MUD疗效评估上已开展系列研究，故在中西医结合领域也可进一步开展研究。

MUD会受身体素质及外界环境影响最终分化为不同的疾病[5]，开展对MUD最终将造成怎样影响的前瞻性科学研究具有现实意义。NIKKI等[6]开展的PROSPECTS研究从症状严重程度及身体和社会功能方面评估MUD的过程和预后，并寻找其风险因素，开发预测模型。

思路3：MUD预防的研究

MUD的预防缺少研究，可以开展流行病学调查和大数据研究，以为预防研究建立基础。如BAITHA等[7]进行了一项患病率的调查，发现女性患病率更高，未分化疾病患者明显年轻于其他诊断患者，非特异性、一般症状和各种类型的疼痛是常见主诉。与男性相比，女性的疼痛症状、泌尿生殖系统症状、心悸和恶心更常见，为之后开展预防研究提供了方向。

思路4：MUD医学教育研究

我国全科医学教育目前缺少针对MUD的医学教育相关研究。国际上，在MUD领域的医学教育研究已取得部分成果。ANNE等[8]开发了一种循证沟通培训，使用认知行为疗法，让医生寻找与患者症状相关或者可能加剧患者症状的因素，指导医生如何更好地解释MUD，有效安抚患者并避免不必要的诊断测试，提高了医生在MUD咨询中的综合能力。未来，MUD医学教育方向仍需要进一步的探索与科学研究。

参考文献

[1] BERSTAD A，HAUSO O，VALEUR J. Intestinal staphylococcal small colony variants：a cause of medically unexplained physical symptoms[J]. Microb Ecol Health Dis，2014，25：25817. DOI：10.3402/mehd.v25.25817.

[2] HERR C E，ZUR NIEDEN A，KOPKA I，et al. Assessment of somatic complaints in environmental health [J]. Int J Hyg Environ Health，2009，212（1）：27-36. DOI：10.1016/j.ijheh.2008.01.003.

[3] MYINT K，JACOBS K，MYINT A M，et al. Psychological stresses in children trigger cytokine- and kynurenine metabolite-mediated abdominal pain and proinflammatory changes [J]. Front Immunol，2021，12：702301. DOI：10.3389/fimmu.2021.702301.

[4] DEN BOEFT M，VAN DER WOUDEN J C，RYDELL-LEXMOND T R，et al. Identifying patients with medically unexplained physical symptoms in electronic medical records in primary care：a validation study [J]. BMC Fam Pract，2014，15（1）：1-7. DOI：10.1186/1471-2296-15-109.

[5] 刘娟娟，刘颖，任菁菁. 常见未分化疾病的全科处理探讨 [J]. 中国全科医学，2015，18（32）：3985-3987.

[6] VAN DESSEL N，LEONE S S，VAN DER WOUDEN J C，et al. The prospects study：design of a prospective cohort study on prognosis and perpetuating factors of medically unexplained physical symptoms（mups）[J]. J Psychosom Res，2014，76（3）：200-206.

[7] BAITHA U，DEB K S，RANJAN P，et al. Estimated prevalence of medically unexplained physical symptoms in the medicine outpatient department of a tertiary care hospital in India [J]. Gen Hosp Psychiatry，2019，61：47-52. DOI：10.1016/j.genhosppsych.2019.10.006.

[8] WEILAND A，BLANKENSTEIN A H，VAN SAASE J L，et al. Training medical specialists to communicate better with patients with medically unexplained physical symptoms[J]. PLoS One，2015，10（9）：138342.

如何从未分化疾病入手，体现市县级医院的全科特色

吴静怡，李开军*，杨凯超
323000 浙江省丽水市，丽水市中心医院全科医学科

观点 1：开设市（县）级医院全科未分化疾病门诊和住院病房

现阶段我国大部分市（县）级医院已常态化开展全科门诊[1]，但仅有部分医院开设有未分化疾病（MUD）门诊。邱艳等[2]的研究表明，在全科医师的临床工作中，有 18.6%~21.3% 的患者因 MUD 就诊。因此，市（县）级医院需积极开设 MUD 门诊，以此作为连接患者与其他专业科室的桥梁，使 MUD 门诊成为全科特色疾病收治门诊。为进一步建立健全全科 MUD 门诊，建议全科医师在 MUD 门诊的坐诊时长不少于 1 d/ 周，以便于：（1）固定化 MUD 患者的随访科室及随访日期，减少患者寻找医师所耗费的时间成本；（2）建立 MUD 患者连续管理制度，在患者诊疗过程中做到“以患者为中心”，体现全人 – 全程的照顾模式；（3）增加 MUD 医师的专业知识，减少 MUD 患者就诊次数、确诊所需时间、医疗花费及科室转诊次数。

目前有条件的市（县）级医院均在积极建设全科病房，但病房设置标准不够明确，如何打造和规划形成更具特色的全科病房是当下的重点问题。相比于收治糖尿病、高血压等专科化的慢性病种，MUD 的收治无疑更具全科特色。这也给全科带来了新的挑战：一方面，市（县）级综合医院全科需建立一套完整的 MUD 收治流程，并对 MUD 住院患者进行标准化的住院管理；另一方面，建议 MUD 专治病房，并配套专职全科医师和护士是必要的。

观点 2：将 MUD 纳入全科医师教育及再教育

现阶段全科医师及助理全科医师的规范化培训制度已基本完善，但 MUD 的诊治并未纳入培训范畴，MUD 的再教育也相对薄弱。对此，市（县）级医院作为全科（助理全科）医师的培训基地及 MUD 的主要诊疗机构，需加强对 MUD 的系统培训，提高全科医师早期识别和诊治 MUD 的能力，以满足全科医师门诊及住院诊治的需求。建议通过以下途径提高全科医师的 MUD 诊治专业性：（1）开展 MUD 多形式、多渠道理论学习，如开设 MUD 小讲课、教学查房、病例讨论、病历书写培训等；（2）开展 MUD 的临床实践培训，如 MUD 门诊轮转、多学科讨论等；（3）掌握 MUD 诊治前沿，了解未分化疾病热点和趋势，如阅读国内外文献，参与学术会议和研讨会等。

参考文献

［1］沈士立，张鑫岩，李一萱，等. 临床住培基地（综合医院）全科医学科的定位与评价指标研究：基于专题小组讨论的归纳性分析［J］. 中国全科医学，2020，23（13）：1627–1631，1639. DOI：10.12114/j.issn.1007–9572.2020.00.157.
［2］邱艳，任文，刘颖，等. 综合性医院全科线上 – 线下门诊就诊情况分析［J］. 中华医院管理杂志，2018，34（7）：552–555. DOI：10.3760/cma.j.issn.1000–6672.2018.07.007.





社区全科医师如何早期识别与长程管理未分化疾病

徐佳玙，朱兰*
200032 上海市徐汇区斜土街道社区卫生服务中心

步骤 1：早期识别前的介入

这是基于社区全科医师“扎根社区、长期履行契约服务”特点产生的。个体：在对未分化疾病（MUD）进行早期识别前，社区全科医师依托家庭医生签约服务，已经介入每一位签约居民的全程健康管理，一旦患者出现相应的 MUD 诉求则可及时回应和处理，进而避免患者的无序就诊和过度诊疗。群体：除了诊室中有明确主诉的个体，社区全科医师还需识别不同场合人群中的 MUD 患者，如社区健康宣教、人群健康体检等，且对人群中 MUD 患者的识别应早于诊室患者。

步骤 2：早期识别中的处理

MUD 的表现多样化，大多需要排除法才能明确诊断方向[1]。全科医师立足社区，从易感、促发和维持因素与生物 – 心理 – 社会医学模型角度来分析 MUD 的起因，通过探查症状更好地了解患者和症状的性质，通过探查潜在社会心理因素进一步深入了解患者的症状，同时识别出患者是否合并精神疾病[2]。在探查过程中，全科医师重点判断症状的轻重缓急，依托家庭医生签约双向转诊服务和“医联体”建设资源，协助患者获得社区缺乏但必要的检查措施，随时掌握患者各项诊疗过程及结果，依据详细病史和各项检查进行鉴别诊断，必要时对识别结果进行动态调整。常见的识别方法包括：（1）基于 SOAP 病例和 RICE 问诊识别患者，具体参见《全科常见未分化疾病诊疗手册》[3]。（2）通过彻底询问病史，获取生命体征、生化等常规检查对患者进行评估，识别 MUD 患者，并从生理、社会、认知、行为 4 个方面寻找不适症状持续的可能因素[4]。（3）使用基层医疗国际分类系统（ICPC）收集资料，进而识别 MUD 患者。ICPC 是由世界家庭医生组织（WONCA）专门为基层医疗研制的，相较于传统的国际疾病分类（ICD），ICPC

更有利于收集患者的家庭、社会和心理方面的资料，且更真实可靠、省时省力[5]。（4）通过 PRESUME 筛查法识别患者[6]。MUD 根据症状、程度、病程和预后等可分为低风险、中等风险、高风险三类[7]，PRESUME 能够有效识别 MUD，尤其是中等风险以上患者。

步骤 3：早期识别后的处理

治疗：社区全科医师应具备 MUD 的常规诊疗和处理能力。治疗“以患者为中心”，以改善症状、舒缓情绪、减少日常功能损害、降低医疗资源不合理消耗为目标。许多患者的症状未经特殊治疗即能改善，但当患者的特定症状持续数周时，可以进行对症处理和药物治疗，同时给予患者综合生活方式指导。国际上对 MUD 的治疗主要包括心理干预、药物治疗和综合干预[8]。双向转诊：当 MUD 患者在疾病演变过程中出现变化需要上级医疗机构进一步诊治时，全科医师可将患者转诊至上级医疗机构的承接科室；全科医师应定期与患者沟通，跟进诊疗情况；待患者症状平稳后回归社区。整个过程均实施 MUD 的社区管理。

步骤 4：长程随访管理

MUD 的转归难以预测，最终可能改善、痊愈，也可能发展为慢性症状或在各种因素影响下分化为一种特定疾病[2]。全科医师应定期进行患者随访，在患者出现症状改变时重新开展评估，如有需要可再次进行查体和实验室检查。同时，全科医师也应随时关注患者的身心健康，对各种健康需求做出及时反应。长程管理对改善患者病情和预后有极大帮助，也有利于建立良好的医患关系。

（1）管理方法。共同决策：全科医师应通过有效策略（包括认真倾听症状描述、相信主诉的真实性、为承诺提供示范、解释医学原因等）与患者就治疗达成共识，以此达成的管理策略也最有可能被患者接受［9］。阶梯疗法：根据患者症状的严重程度，为患者提供相应分级的治疗管理。如对于中等风险的患者，使用全科对症药物治疗联合心理干预，为患者建立个人健康管理档案，并定期复诊[10]。（2）管理范畴。全家：在对 MUD 患者进行管理的过程中，通过开展家庭健康评估项目，可使家庭成员在管理过程中受益。全人：部分 MUD 患者还存在其他慢性病，故应实施“以人为中心”的整合型全程全生命周期的健康管理。（3）管理抓手。依托信息化支撑和慢性病健康管理支持中心的建设，建立和完善个人健康档案、家庭健康档案，为临床决策提供信息支持。

虽然 MUD 的患者管理在国内外研究中越来越受关注，但目前相关实践和研究仍处于初级阶段。如何提升基层医疗卫生机构的整体服务能力，提高全科医师对 MUD 的认知水平和诊疗能力，充分发挥全科医师在 MUD 诊疗中的作用和优势，开发出适合我国疾病谱特征并具有临床指导性的 MUD 识别管理规范指南，均是需要不断思考和实践的方向。

参考文献

[1] 任菁菁 . 全科常见未分化疾病诊疗手册［M］. 3 版 . 北京：人民卫生出版社，2022.

[2] HENNINGSEN P，ZIPFEL S，HERZOG W. Management of functional somatic syndromes［J］. Lancet，2007，369（9565）：946-955. DOI：10.1016/S0140-6736(07)60159-7.

[3] 闫红梅，姜岳 .《解决患者出现医学上无法解释的症状（MUS）的需求》解读［J］. 慢性病学杂志，2020，21（1）：3-6.

[4] HUSAIN M，CHALDER T. Medically unexplained symptoms：assessment and management［J］. Clin Med（Lond），2021，21（1）：13-18. DOI：10.7861/clinmed.2020-0947.

[5] 路孝琴，梁万年，贾庆春，等 . 基层医疗国际分类（ICPC）及其在全科 / 家庭医疗中的应用［J］. 中国全科医学，2003，6（1）：86-88. DOI：10.3969/j.issn.1007-9572.2003.01.049.

[6] VAN WESTRIENEN P E，PISTERS M F，VEENHOF C，et al. Identification of patients with moderate medically unexplained physical symptoms in primary care with a five years follow-up［J］. BMC Fam Pract，2019，20（1）：66.

[7] 中国医师协会精神科医师分会综合医院工作委员会．“医学难以解释的症状”临床实践中国专家共识［J］. 中华内科杂志，2017，56（2）：150-156.

[8] KLEINSTÄUBER M，WITTHÖFT M，STEFFANOWSKI A，et al. Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults［J］. Cochrane Database Syst Rev，2014：11. DOI：10.1002/14651858.cd010628.

[9] 娄铮，刘颖，邵双阳，等 . 未分化性疾患（未分化疾病）的研究进展［J］. 全科医学临床与教育，2021，19（7）：636-639.

[10] OLDE HARTMAN T C，ROSENDAL M，AAMLAND A，et al. What do guidelines and systematic reviews tell us about the management of medically unexplained symptoms in primary care［J］. BJGP Open，2017，1（3）：bjgpopen17X101061.



侧耳应听弦外音：未分化疾病中的医患沟通问题

王箴

241001 安徽省芜湖市，皖南医学院第一附属医院全科医学科

未分化疾病（MUD）是全科诊疗的常见就诊原因，不仅使得患者因症状迁延难愈而辗转反侧、反复求诊，导致医疗资源的过度耗费[1]，而且患者常对诊疗过程不满意，导致医患双方对彼此的认同感下降，表现为 MUD 患者对医患关系有着更低的评价，医生也倾向将患者归类到“困难患者（difficult patient）”“问题患者（problem patient）”，甚至不愿接诊此类患者，最终导致医患矛盾产生[2]。

1 沟通应是 MUD 的诊疗核心

在 MUD 患者的诊疗过程中，处于核心环节的医患沟通和交流决定了 MUD 的诊疗质量，实际上沟通不仅是医患双方信息传递的主要媒介，更有可能给患者带来超出医学治疗本身的超额价值，如通过言语鼓励可以增强患者对治疗的感知和预期，有助于缓解疼痛[3]，或促进疾病康复[4]。但研究发现，相较于罹患“医学可以解释的躯体症状”（medically explained symptoms，MES）的患者，全科医生花费了更多的时间诊治 MUD 患者，但这额外的时间却并未用于正向性的充分沟通，医生忽视了在分析症状的同时去接纳患者自身的想法、盼望和感受[5]。

2 患者对沟通的需求

MUD 患者除了期待获得明确的诊断和有效的治疗方案外，更期待一个更适宜的沟通模式[7]。其需要一个开放和放松的环境，医生能够“共情”于其不适，能够真正理解不适症状给其带来的躯体和精神压力；因为不愿重复自己的“故事”，其希望每次由相同的医生接诊，并期待医生能够通过之前的病史和背景信息做足沟通准备；其期待医生能在沟通中将其视作平等的伙伴（equal partners），理解并给予其足够的情感支持，让其有机会完整地陈述而不被打断，特别是让其有机会参与自己的诊疗方案决策；此外，MUD 患者非常在意交流过程中医生的非语言元素，如眼神的接触、平静的面部表情和放松的身体姿势等[8]。

3 医者对沟通的反思

全科医生本身也希望在接诊过程中与 MUD 患者形成良好的医患关系，但与理想情形相悖的是，全科医生越是努力想要给 MUD 患者一个明确的生物学解释，为其提供躯体性干预措施，越是容易在沟通中感受到压力[9]。因此，全科医生对沟通困难的原因也进行了反思，包括：未能在交流中坚持开发性的对话，尤其是出于节省时间的目的，或者主观认为患者会拒绝分享家庭和心理困境时；另一方面，全科医生承认混乱无序的沟通结构会增加交流的障碍，如尚未做恰当的体格检查就已经开始轻率地对症状进行解读；而“以患者为中心”的“人本主义”的缺失，让全科医生似乎独立于沟通之外，成为“忙于操作电脑”的人[9]。

4 良好的沟通呼唤倾听患者的心声

临床推理（clinical reasoning）是医生面对求诊患者时必然的思考过程，自从两千五百年前诞生于希波克拉底时代以来，临床推理已成了科学与艺术交织的混合产物，生物医学模式下的化验、影像数据远不足以满足全科医学所面临的诊疗需求，正如现代医学教育的开创者威廉·奥斯勒所言“好的医生治疗疾病，伟大的医生疗愈患病的人”。全科医学核心技能之一的“RICE 问诊模式”和“以患者为中心的沟通模式”都强调关注患者自身的想法，采用开放性沟通技巧，在症状之外能够倾听患者的个人、情感背景等与疾病息息相关的弦外之音，并且尊重、回应患者的情绪，表达共情，分享医疗决定的过程[10]，而对医生开展积极的沟通训练能够明显提升患者的诊疗满意度[11]。

必须承认的是相比国外全科医学对于 MUD 疾病研究维度的广泛性，国内这一领域才刚刚起步，但随着国内医学教育领域普及人文素养理念的深入人心，构建以“人本主义”为核心的全科医学沟通技术性与艺术性并举的教育框架，应成为全科基础教育与继续教育中的重要环节。

参考文献

[1] 叶康丽，徐志杰，杜亚平，等. 应对未分化疾病：从过度诊断走向医患共同决策［J］. 中国全科医学，2020，23（36）：4541-4547. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.513.

[2] MAATZ A，WAINWRIGHT M，RUSSELL A J，et al. What's 'difficult'? A multi-stage qualitative analysis of secondary care specialists' experiences with medically unexplained symptoms［J］. J Psychosom Res，2016，90：1-9.

[3] VASE L，BARAM S，TAKAKURA N，et al. Specifying the nonspecific components of acupuncture analgesia［J］. Pain，2013，154（9）：1659-1667. DOI：10.1016/j.pain.2013.05.008.

[4] ZECH N，SCHARL L，SEEMANN M，et al. Nocebo effects of clinical communication and placebo effects of positive suggestions on respiratory muscle strength［J］. Front Psychol，2022，13：825839. DOI：10.3389/fpsyg.2022.825839.

[5] EPSTEIN R M，SHIELDS C G，MELDRUM S C，et al. Physicians' responses to patients' medically unexplained symptoms［J］. Psychosom Med，2006，68（2）：269-276.

[6] HOUWEN J，LUCASSEN P L B J，STAPPERS H W，et al. Medically unexplained symptoms：the person，the symptoms and the dialogue［J］. Fam Pract，2017，34（2）：245-251.

[7] ROTER D L，FRANKEL R M，HALL J A，et al. The expression of emotion through nonverbal behavior in medical visits. Mechanisms and outcomes［J］. J Gen Intern Med，2006，21（s1）：28-34.

[8] RING A，DOWRICK C，HUMPHRIS G，et al. Do patients with unexplained physical symptoms pressurise general practitioners for somatic treatment? A qualitative study［J］. BMJ，2004，328（7447）：1057. DOI：10.1136/bmj.38057.622639.EE.

[9] HOUWEN J，LUCASSEN P L B J，VERWIEL A，et al. Which difficulties do GPs experience in consultations with patients with unexplained symptoms：a qualitative study［J］. BMC Fam Pract，2019，20（1）：180. DOI：10.1186/s12875-019-1049-x.

[10] HASHIM M J. Patient-centered communication：basic skills［J］. Am Fam Physician，2017，95（1）：29-34.

[11] BOISSY A，WINDOVER A K，BOKAR D，et al. Communication skills training for physicians improves patient satisfaction［J］. J Gen Intern Med，2016，31（7）：755-761.

（收稿日期：2023-04-14；修回日期：2023-06-02）
（本文编辑：王凤微）